

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges RADZIEVSKY

Né le 7 Mars 1915 à Paris

Sur le syndrome spasmophilo- sympathicotonique et son traitement

Président : GUILLAIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges RADZIEVSKY

Né le 7 Mars 1915 à Paris

Sur le syndrome spasmophilo- sympathicotonique et son traitement

Président : GUILLAIN, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . . .	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*en faible hommage pour leur affection
et les sacrifices qu'ils m'ont consentis.*

A MA SŒUR

Mei et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GUILLAIN

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A LA MEMOIRE DE MON AMI

S. CORINSTEIN

Externe des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

Docteur PICOT

Docteur AURONSSEAU

Professeur GUILLAIN

Docteur FAURE-BEAULIEU

Professeur BEZANÇON

Docteur GILBERT-DREYFUS

Professeur agrégé MOLLARET

Professeur agrégé METZGER

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse m'a été proposé par mon Maître, le Docteur Gilbert Dreyfus, qui voudra bien ici trouver le gage de ma profonde gratitude. Pendant l'année que j'ai passée dans son service, il n'a pas cessé, au cours de chaque consultaiton, de pratiquer un enseignement où l'élégance et la lucidité de l'expression facilitaient la compréhension des sujets parfois difficiles.

Ce travail fut fait dans son service, et le sujet proposé méritait une étude plus large et plus complète.

C'est pourquoi je m'excuse d'un travail qui a été réduit à l'essentiel.

M. le Professeur Guillaïn a bien voulu présider cette thèse, je lui adresse ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait, et pour l'enseignement que je lui dois, après avoir été un an son externe.

Sous le nom de syndrome spasmophilo-sympathicotonique, nous nous proposons de synthétiser un ensemble de troubles disparates en apparence et diversement associés, mais réunis par un substratum physio-pathologique commun qui confère au syndrome son cachet d'authenticité et peut servir de base à l'instauration d'une thérapeutique rationnelle.

Se dégageant d'un polymorphisme symptomatique sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, deux éléments fondamentaux constituent l'essence même du syndrome : l'hyperémotivité teintée d'anxiété et l'instabilité psycho-vaso-motrice, génératrices d'asthénie et de perturbations du sommeil.

I. L'hyperémotivité. — Constante, elle se traduit par un abaissement du seuil d'émotivité : tout devient prétexte à émotion et celle-ci n'étant plus graduée, le plus petit contre-temps déclenche des réactions qualitativement et quantitativement identiques au chagrin le plus légitime et le plus grave.

La crise émotive se traduit par des palpitations et de la tachycardie, accompagnée de violents battements de cœur, des artères du cou, de l'aorte abdominale; des pré-cordialgies, de l'angoisse, une subite pâleur, de la sécheresse de la bouche et des lèvres entraînant une sensation de soif impérieuse. Souvent, il apparaît un léger tremblement et du refroidissement des extrémités, parfois une sueur froide au niveau des mains, du visage et surtout des aisselles. Un impérieux besoin d'uriner marque communément l'acmé ou le déclin de la crise, en même temps qu'une bouffée de chaleur, une brève impression de bien-être et de réchauffement.

II. L'instabilité psycho-vaso-motrice. — Plus ou moins entachés de cyclothymie, les sujets passent de l'état dépressif à un état d'excitation euphorique avec une promptitude déconcertante; ces épisodes alternent de façon anarchique, ceux du type dépressif apparaissant d'ailleurs de beaucoup les plus fréquents et les plus durables.

La coloration du visage est également fort instable et l'on voit en quelques instants la mine s'altérer, un aspect coloré et florissant faire place à une pâleur subite : les traits se creusent, les yeux se cernent, les joues blanchissent, le malade percevant lui-même comme l'apposition d'un véritable « masque » de fatigue.

L'asthénie est d'ailleurs réelle : elle prédomine le matin (la sortie du lit nécessitant un véritable effort) et tend à s'atténuer dans la seconde moitié de l'après-midi.

Elle sera d'autant plus marquée que le sommeil est perturbé, encore que les bonnes nuits ne se montrent pas toujours réparatrices; la dyssomnie consiste surtout en une difficulté à s'endormir : au moment où la conscience sombre, où l'idéation se fait crépusculaire, survient une petite secousse musculaire, une sensation de contracture involontaire qui déclenche le retour de la lucidité.

III. — A ces éléments morbides fondamentaux s'ajoutent d'autres manifestations, variables non seulement d'un malade à l'autre — d'où la multiplicité des formes cliniques, — mais encore chez le même malade qui, accusant tour à tour des troubles psychiques, digestifs, circulatoires, quémande les avis successifs de toute une série de spécialistes. Un interrogatoire précis et un examen bien orienté permettront cependant d'intégrer dans le même cadre spasmophilo-sympathicotonique des malaises aussi labiles dans leur expression et leur localisation prédominante.

Tel sujet viendra consulter pour de la constipation, une colite muqueuse, ou bien encore alternatives de constipation et de diarrhée; s'y ajoute-t-il un appétit capricieux, des nausées ou des vomissements, des digestions pénibles, de l'aéro-gastrocolie, c'est vers l'appareil digestif que l'on serait tenté de poursuivre ses investigations.

Tel sujet se présente à première vue comme un cardiaque, tel autre comme un psychasthénique. Celui-ci s'inquiète d'un amaigrissement insolite et souligne l'instabilité de son poids que fait fléchir la moindre contrariété, que quelques jours de repos à la campagne relèvent rapidement. Celui-là consulte pour des caries dentaires en rapport avec un trouble du métabolisme calcique, pour des migraines, de l'asthme, du coryza spasmodique, ou toute autre manifestation de la diathèse colloïdoclasique.

Les manifestations vaso-motrices peuvent coïncider avec un certain degré de tuméfaction passagère du corps thyroïde (syndrome parabasedowien) et même de réelles petites poussées d'hypersécrétion thyroïdienne qui semblent devoir être mises sur le compte du déséquilibre sympatho-vasculaire, faisant en quelque sorte le pendant au retentissement sur le système sympathique des hyperthyroïdes basedowiennes primitives.

Dans nombre de cas, les règles rythment les paroxysmes spasmophilo-sympathicotoniques; existe-t-il conjointement un gonflement excessif de la poitrine, des douleurs lombo-pelviennes pré-menstruelles, on est en droit de suspecter une hyperfolliculinie et d'appliquer une thérapeutique par le corps jaune; mais parfois le trouble des règles apparaît, non comme le *primum movens*, mais bien comme la conséquence du trouble nerveux, la traduction de bouffées congestives de l'ovaire, qui vont pouvoir s'effacer sous la seule influence du traitement de la sympathose.

Toutes ces manifestations, dont notre rapide exposé évoque la variabilité, ont pour caractère commun d'éclorre sur un terrain particulier à la faveur d'un fond morbide constitutionnel qui, dès l'enfance, s'est révélé par la timidité, l'émotivité, l'instabilité motrice et circulatoire, l'irritabilité du caractère, les tics, les terreurs nocturnes. Très fréquente encore dans l'adolescence, la spasmophilo-sympathicotonie, relativement rare chez l'homme adulte, s'y teinte volontiers d'obsessions sexuelles, et c'est souvent une impuissance génitale du type dit psychopathique qui va motiver la visite au médecin; mais c'est dans le sexe féminin que se recrute l'immense majorité de nos patients.

Le rôle des chocs émotifs est considérable dans le déclenchement des poussées paroxystiques qui, abaissant à leur tour le seuil d'émotivité, favorisent leur reproduction : ainsi se trouve réalisé un véritable cercle vicieux.

*
**

Quelles que soient la richesse et la luxuriance des troubles, l'examen objectif va pouvoir leur assigner un substratum physio-pathologique constant, et corroborer en même temps, à la faveur de l'émotion qu'il engendre, l'authenticité des manifestations fonctionnelles révélées par l'interrogatoire.

Cette base physiologique et constante réside dans l'association d'un signe de Chvostek, témoin de la spasmophilie et d'une hypersympathicotonie.

I. — Contrairement à certains auteurs, nous attachons à la découverte d'un signe de Chvostek une valeur considérable, — opinion appuyée sur le fait qu'on peut observer sa réapparition et sa disparition parallèlement à l'aggravation et l'amélioration de tout le complexe pathologique. Une hyperréfectivité tendineuse

accompagne ordinairement la positivité du signe de Chvosteck. Celui-ci témoigne d'une hypocalcémie (J. Decourt) que vérifieraient des dosages du calcium sanguin et urinaire, l'établissement d'un bilan calcique, l'appréciation de la réserve alcaline, toutes investigations délicates dont il nous a paru que l'on pouvait se dispenser dans la pratique courante. Signalons en passant que chez une de nos malades, dont l'insomnie rebelle, du type spasmophilique pur, remontant à dix-sept ans, devait céder à la calcithérapie, les mesures de chronaxie autorisaient l'affirmation d'un état tétanique fruste.

II. L'hypersympathicotomie a pour traductions majeures :

— *Une tachycardie* permanente, quoique très variable d'un moment à l'autre et qui s'exagère à l'excès lors du passage de la position couchée à l'orthostatisme; cette instabilité du pouls peut revêtir la forme d'arythmie respiratoire et se compliquer d'extrasystoles.

— *Un « cœur irritable »* (C. Lian), avec battements tumultueux de la pointe, des artères, du pouls et de l'aorte abdominale; parfois l'auscultation fait entendre un souffle, modéré ou intense, de la base et un éclat du deuxième bruit, qui risqueraient de faire porter un diagnostic de cardiopathie organique, mais qui s'atténuent ou même disparaissent quand l'appréhension se calme ou que le patient change de position, — conformément à l'excellente description que René Bénard a donnée de l'« éréthisme cardiaque des adolescents », tout en lui attribuant une pathogénie nouvelle.

— Des modifications du *réflexe oculo-cardiaque* qui se montre nul ou inversé.

— *Une tension artérielle* oscillante, variable au cours de l'examen et avec la position : une accentuation initiale de la maxima (et éventuellement de la minima),

traduisant l'incitation émotive, se greffe communément sur un fond tensionnel plutôt abaissé.

Le terme d'hypersympathicotonie peut surprendre à première vue ceux qui considèrent, selon les données classiques, qu'une tendance vagotonique est l'accompagnatrice habituelle des états spasmophiles. L'emploi de ce terme appelle deux remarques :

1° Les stigmates d'hypersympathicotonie que nous venons d'énumérer appartiennent tous au domaine du système circulatoire et électivement du système régulateur du rythme cardiaque. Mais maintes fois une vagotonie de l'appareil digestif, portant ces effets sur la musculature gastro-intestinale, lui fait cortège, ainsi qu'en témoignent les vomissements faciles et la constatation d'un spasme du pylore à l'examen radioscopique (la crampe pylorique devant être soigneusement distinguée de la douleur solaire par plexalgie, avec éréthisme de l'aorte abdominale des sympathicotoniques, qui, d'ailleurs, peut coexister avec elle).

Il pourrait donc paraître plus légitime de parler d'amphotonie que d'ortho-sympathicotonie, d'excitation élective du système prépondérant au niveau de chaque appareil, selon la loi de Danielopolu.

Cependant, si certains épisodes gastro-spasmodiques déclenchent une éphémère sialorrhée, la prédominance du sympathique se retrouve encore dans le domaine sécrétoire, comme en font foi l'hyposécrétion salivaire habituelle, avec sensation de bouche sèche, et l'intolérance à l'atropine. Cette sécheresse de la bouche, parallèle à la tachycardie et parfois à la mydriase, s'atténue lors même que le pouls se ralentit dans les phases d'amélioration du syndrome, et constitue un excellent test d'appréciation thérapeutique.

2° A ne considérer que le seul appareil circulatoire, la constatation d'un hypersympathicotonie n'exclut pas la possibilité d'une hyperamphotonie et le Test de Da-

nielopolu, pratiqué de façon systématique, montre que si l'orthosympathicotonie est, par définition même, absolument constante dans le syndrome qui nous occupe, le tonus du vague se montre tantôt abaissé ou normal et tantôt élevé, son élévation demeurant toujours relativement moindre que celle du tonus sympathique.

TRAITEMENT

Et tout d'abord, nous voudrions souligner qu'il est deux groupes de médicaments particulièrement nocifs dans le syndrome spasmophilo-sympathicotonique : les médicaments dits excitants ou remontants (à l'exception toutefois du phosphore et de l'acide phosphorique), tels la strychnine, l'arsenic et les cacodylates, l'adrénaline et l'éphédrine, souvent prescrits en raison de l'asthénie et de la dépression nerveuse accusées par les malades, et les vagolytiques, l'atropine et la belladone au premier chef — dont les spasmes digestifs suggèrent en toute logique l'emploi —, qui sont en règle mal tolérés, exagèrent parfois les palpitations, tarissent inéluctablement la sécrétion salivaire. C'est aux agents thérapeutiques de la spasmophilie et aux modérateurs directs ou indirects de l'hypertonie sympathique qu'il faut faire conjointement appel.

I. — Au premier plan des agents thérapeutiques de la spasmophilie s'inscrit le calcium.

Par voie intraveineuse, sous forme de gluconate de calcium en solution à 10 %, à la dose de 1 c.c. par injection et à raison de 10 à 20 injections par série, il est doué d'un pouvoir curateur remarquable sur les poussées dépressives, l'anxiété, et davantage encore sur les insomnies; souvent, on observe dès la troisième ou la quatrième injection le retour du sommeil paisible inconnu depuis nombre d'années.

Per os, les sels de calcium (chlorure ou gluconate), à condition qu'on n'hésite pas à administrer des doses de 4 à 6 grammes par jour, fournissent également des résultats appréciables.

Le mode d'action de la calcithérapie, outre ses effets

sur la calcémie, s'exerce par son effet acidifiant et son effet direct sur l'équilibre neurovégétatif.

Souvent, on se trouve bien d'en renforcer l'efficacité par l'administration orale ou parentérale de vitamine D, ou mieux de *vitamines A et D associées*, en particulier dans les cas où la décalcification et les déperditions calciques se traduisent par des caries dentaires et une calciurie excessive; lorsque certaines difficultés matérielles font obstacle à la mise en train d'un traitement calcique intraveineux, les seules injections intramusculaires de vitamines A et D peuvent, au moins pour une part, y suppléer.

II. — Pour obvier à l'*hypertonie sympathique*, on a le choix entre :

— les édatifs globaux de la neurotonie représentés en première ligne par les *barbituriques* (gardénal et corps voisins administrés à doses réfractées : quatre ou cinq fois par jour, 1 ou 2 centigrammes); plus modestement, par les innombrables calmants d'origine végétale; ;

— et les *modérateurs directs ou indirects de l'orthosympathicotonie*. Parmi ceux-ci, les sympatholytiques de synthèse ne nous ont guère fourni que des mécomptes (échec plus ou moins absolu ou même mauvaise tolérance avec accentuation de la tachycardie); les excitants du parasympathique méritent au contraire une place électorale : non pas tant l'acétylcholine, modératrice des spasmes artériolaires, ni l'ésérine, médicament classique du cœur irritable et de la solarité, que la *pilocarpine* et le *jaborandi* sur la valeur thérapeutique desquels on ne saurait trop insister. Nous en faisons le plus large usage, sans avoir besoin (sauf exceptions) d'avoir recours à la voie sous-cutanée, et en nous bornant d'ordinaire à donner 25 à 35 gouttes par jour d'une préparation contenant un centigramme par centimètre cube d'extrait de jaborandi.

En définitive, et abstraction faite des traitements opothérapiques, diététiques et psychiatriques (repos, isolement), *calcium*, *gardénal* et *pilocarpine* constituent le *trépied* thérapeutique fondamental du syndrome spasmophilo-sympathicotonique. Concomitamment dans la cure d'attaque, puis par périodes alternantes pendant les semaines qui suivent, ils nous ont fourni des succès éclatants avec une fréquence particulièrement appréciable.

OBSERVATIONS

Nous ne citons ici que quelques-unes de nos observations, en les résumant aux symptômes importants et aux résultats thérapeutiques.

Il s'agit, dans tous les cas, de malades vus à la consultation du Dr Gilbert Dreyfus.

I. — M^{lle} S., 21 ans.

Vue le 27 février 1939. Consulte pour asthénie tenace, persistante, apparue à l'âge de 15 ans.

De plus : amaigrissement de 8 kgs, céphalées, nervosité exagérée.

A dû cesser son travail en 1937, sans pouvoir le reprendre depuis.

Divers diagnostics portés, dont celui d'hyperthyroïdie. Les traitements : Lugol, fortifiants, Pilocarpine, n'apportent qu'une amélioration transitoire.

Traitement : Gulconate de Ca et Vitadone.

Résultat : amélioration générale marquée le 16 mars 1939. a engraisé d'un kilog, dort bien, et par la suite, persistance de l'amélioration.

II. — M^{me} J...

Consulte le 8 novembre 1938. — Troubles extrêmement typiques d'instabilité psycho-vaso-motrice, avec douleurs osseuses.

Apparus après une lactation trop prolongée (14 mois).

Pous à 140.

Chwostek +++.

R.O.C. : nul.

Calcémie : normale.

Calciurie très augmentée.

Traitement : arrêt de la lactation. — Une injection de *Superstérogyl*.

Résultat : amélioration complète pendant un mois.

A la réapparition des troubles, le traitement par le *Stérogyl* maintient l'amélioration.

III

Vue le 8 mars 1938. Consulte pour troubles des règles à type d'hyperfolliculinie, et nervosisme, avec accès d'anxiété et crises typiques. — Insomnie, douleurs cervicales pendant les émotions. Tremblement léger des extrémités.

Pouls : 88.

R.O.C. : nul.

Chwosteck : ++.

.. *Traitement* : Vaso-Neurine, Gardénal, puis Calcium intra-veineux.

IV. — M^{me} C..., 39 ans

Consulte pour crises d'anxiété, apparues pour des contrariétés graves.

Traitée par le Lugol, puis le Gardénal, avec chaque fois, succès non durable.

Puis reprise des symptômes.

Examen :

Signes fonctionnels d'hypersympathicotonie.

Pouls : 76.

R.O.C. : nul.

Chwosteck : +++.

Traitement : Jaborandi (Néo-Pancarpine) + Calcium *per os* et Vitadone.

Résultats : amélioration nette et persistante.

V. — M^{me} P..., 30 ans

Vue le 18 janvier 1939.

Forme très caractéristique : déséquilibre neuro-végétatif.

Pouls : 120.

Chwosteck ++.

Epreuve de Danielopolu :

Tonus parasymphatique : —4.

Tonus orthosymphatique : +20 (140).

A signaler : sialorrhée qui interdit le traitement par le Jaborandi.

Traitement : Calcium *per os*.

VI. — M^{me} C...

Vue le 31 décembre 1938.

Malade très complexe. Souffre depuis des années de troubles multiples, s'intégrant dans le cadre des troubles fonctionnels décrit dans le syndrome spasmophilo-sympathicotonique. Divers traitements ont échoué.

A l'examen : malade très nerveuse, anxieuse, avec obsession de suicide.

Les troubles psychiques dominent tout le tableau et le 4 février 1939, le Dr Péron conclut à une psychasthénie grave.

Pouls : 118.

R.O.C. : 120.

Chwosteck : +.

Epreuve de Danielopolu :

Tonus du vague : —6.

Tonus orthosympathique : + 16 (136).

Devant les échecs thérapeutiques, et à cause de l'obsession de suicide, on décide de tenter l'ionisation calcique transcérébrale.

Après 12 séances : guérison de tous les troubles.

VII. — M^{me} T..., 32 ans

Vue le 15 octobre 1938.

Apparition brutale en août de :

Amaigrissement de 2 kg. 500.

Asthénie extrême.

Nervosisme extrême.

Tremblement. Insomnie.

Règles plus abondantes et survenant toutes les trois semaines.

Spasmophilo-sympathicotonique.

Traitement : Ca intraveineux.

Résultats : le 14 novembre, malade transformée, guérie.

CRITIQUES

Une description du syndrome spasmophilo-sympathicotonique avait été publiée dans le *Concours Médical*¹.

Peu après, le Dr Decourt² reprenait cette description, revenant sur ses nombreux articles sur la spasmophilie. Pour cet auteur, la spasmophilie domine tout le tableau clinique et pathogénique. Il garde au signe de Chwostek toute sa valeur. Mais la sympathicotonie lui semble de peu d'intérêt, et beaucoup moins fréquente que la vagotonie.

Rappelons que nous avons insisté sur l'amphotonie fréquente de nos malades.

Mais, par ailleurs, les épreuves de Danielopolu, faites en série, nous ont montré qu'alors que la sympathicotonie était constante, la vagotonie n'était que relativement fréquente. Et dans un certain nombre d'épreuves, le tonus du parasympathique était normal ou diminué.

Enfin, nous avons observé des améliorations très fréquentes chez nos malades après traitements à base de Jaborandi, parasympathicomimétique classique, et ce résultat thérapeutique nous semble un argument de valeur pour la sympathicotonie de nos malades.

1. iGilbert Dreyfus et Radzievsky, *Le Concours Médical*, n° 15, avril 1939, p. 1011.

2. Docteur Decourt, *Le Concours Médical*, n° 22, 28 mai 1939, p. 1503.

CONCLUSIONS

Nous concluons en rappelant que le syndrome spas-mophilo-sympathicotonique n'est qu'une synthèse réunissant un ensemble de troubles disparates.

Cette synthèse nous semble justifiée tant au point de vue clinique que thérapeutique.

I. — *Au point de vue clinique :*

a) par la constance de deux éléments fondamentaux :

Hyperémotivité, et

Instabilité psycho-vaso-motrice.

b) Par l'existence d'un substratum physio-pathologique, que caractérisent :

la Spasmophilie :

cliniquement décelée par le signe de Chwosteck et vérifiée par des dosages pour quelques-uns de nos malades, et

la sympathicotonie :

marquée par ses troubles fonctionnels, et vérifiée par :

la prise du pouls,

le réflexe oculo-cardiaque,

l'épreuve de Danielopolu.

II. — *Au point de vue thérapeutique :*

L'action remarquable de la calcithérapie associée au traitement par la vitamine D, ou l'association de vitamine A et D et l'action souvent excellente des traitements parasymphaticomimétiques.

Enfin, rappelons l'intérêt d'autres traitements :

L'ionisation calcique transcérébrale qui nous a donné un succès thérapeutique remarquable chez une de nos malades,

Et l'association acéchole-potassium, actuellement à l'essai.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
GUILLAIN

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

